

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 37

DE QUELQUES
TUMEURS MALIGNES
DES
PARTIES MOLLES DE LA CUISSE
DE LEUR TRAITEMENT CONSERVATEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MERLAT

Né le 11 Août 1884 à Saint-Lys (Haute-Garonne),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 37

DE QUELQUES
TUMEURS MALIGNES
DES
PARTIES MOLLES DE LA CUISSE

DE LEUR TRAITEMENT CONSERVATEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MERLAT

Né le 11 Août 1884 à Saint-Lys (Haute-Garonne),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	}	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	}	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique	}	MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	}	COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie	}	LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		BÉRIEL, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; VILLARD, *Assesseur*;
MM. CAVAILLON et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*J'étais l'âme de sa vie, la raison de tous
ses efforts ; mon grand amour n'a pas
suffi à le retenir près de moi.*

A MA MÈRE

*Sa vie n'a été faite que de sacrifices ; son
amour et son dévouement pour moi ont
été sans limites. Elle est ce que j'aime
le mieux, et je voudrais qu'un peu de
bonheur lui vienne enfin par moi.*

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Institut,
Officier de la Légion d'honneur.

*Nous le prions d'agréer l'expression de
notre respectueuse gratitude pour le
grand honneur qu'il nous fait au-
jourd'hui en présidant notre thèse.*

PRÉFACE

Ceci est un travail des plus modestes ; son auteur n'a jamais eu de bien hautes prétentions ; il compte ne point sortir du cadre assez étroit qu'il s'est tracé bien qu'en médecine comme en toutes choses ce soit souvent une tâche des plus difficiles. Aussi espère-t-il rencontrer une critique indulgente. Heureux seulement si le peu qu'il a fait peut être utile à quelqu'un, quelque jour, en quelque endroit.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer l'exposé de notre sujet, d'adresser quelques remerciements à toutes les bienveillances rencontrées.

M. le Dr Leriche, chef de clinique de M. le professeur Poncet, a été l'inspirateur de notre travail ; c'est lui qui nous a guidé. Son accueil a toujours été simple, des plus aimables ; nous l'en remercions sincèrement.

Nous devons à M. le Dr Delore, chirurgien des hôpitaux de Lyon, une de nos observations les plus intéressantes. Avec sa grande compétence chirurgicale, il a bien voulu nous donner quelques idées directrices

pour notre sujet ; qu'il veuille bien agréer nos remerciements.

M. le D^r Rivière, chef de clinique de M. le professeur Jaboulay, avec un rare empressement, a mis à notre disposition deux observations se rapportant à notre travail. Nous l'en remercions aussi bien vivement.

Et nous remercions enfin M. le D^r Duvernay, d'Aix-les-Bains, qui, ayant connu un de nos malades pendant son internat dans le service du professeur Jaboulay, et l'ayant plus tard suivi à sa sortie de l'hôpital, a bien voulu nous donner, sur son compte, les renseignements les plus détaillés.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est aujourd'hui donnée de nous acquitter, mais bien faiblement, par des mots, de quelques dettes de reconnaissance que nous avons contractées jusqu'à ce jour.

M. le D^r Camin nous a toujours témoigné la meilleure amitié ; il nous vit et nous aima tout enfant ; il nous aiguilla plus tard vers cet art qu'il a si longtemps et si noblement exercé. Nombreuses sont les bontés qu'il a eues pour nous ; qu'il soit assuré de notre profonde et sincère affection.

M. le D^r Miquel fut l'ami dévoué de notre père, nous avons pu l'apprécier. A nous-même il a toujours témoigné une vive sympathie ; qu'il nous permette de lui en exprimer, ici, toute notre reconnaissance.

*A notre excellent ami Savignol, en souvenir des
longs et agréables moments passés ensemble, et à tous
nos amis de Saint-Lys chaque fois retrouvés avec joie,
nous rappelons toute notre bonne et franche sym-
pathie.*

DE QUELQUES
TUMEURS MALIGNES
DES
PARTIES MOLLES DE LA CUISSE

DE LEUR TRAITEMENT CONSERVATEUR

CHAPITRE PREMIER

QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR LES TUMEURS

La question des tumeurs occupe en chirurgie une place des plus importantes ; depuis l'insignifiante verrue que cautérise le pharmacien, jusqu'au cancer meurtrier, immense est la classe de ces productions, de ces néoplasies, pour employer un terme sinon exact, du moins consacré. La tumeur sous toutes ses formes est le pain quotidien du chirurgien.

Il nous a semblé utile, au début de notre travail, de dire en quelques mots, quelle conception l'on a aujourd'hui des tumeurs, quelle classification on peut en ébaucher. Ces quelques données générales ne seront point sans utilité pour l'exposé de notre sujet.

Qu'est-ce donc qu'une tumeur ?

« On aurait beau, a dit Virchow, mettre quelqu'un à la question pour lui faire dire ce que sont en réalité

les tumeurs, je ne crois pas qu'on puisse trouver un seul homme qui soit en mesure de le dire. »

On n'est guère plus avancé à l'heure actuelle. Qu'on ouvre un traité d'anatomie pathologique, à l'article tumeurs c'est le plus souvent le chaos, surtout en ce qui concerne leur définition et leur classification. Que si certains auteurs, plus osés, tentent et affichent une définition concise et paraissant vraie au premier abord, on s'aperçoit vite que le point de départ est une hypothèse, parfois toute une série d'hypothèses.

Aussi nous rallions-nous pleinement aux idées du professeur Tripier. Par un impeccable positivisme, cet éminent maître lyonnais, écartant tout ce qui n'est point fait rigoureusement et par lui observé dans sa longue expérience, a éclairé d'un jour nouveau la question des tumeurs, comme du reste bien d'autres questions d'anatomie pathologique.

« Je crois, messieurs, lui avons-nous entendu dire
« souvent, être dans le vrai, parce que je ne vous
« expose que ce que j'ai vu et que de cela seul je
« tire des conclusions. »

Aussi le suivrons-nous aveuglément : « Toute tumeur
« consiste dans une production pathologique tissulaire,
« de cause encore indéterminée, où prédomine un pro-
« cessus formatif plus ou moins localisé n'aboutissant
« jamais à la guérison et ayant, au contraire, de la ten-
« dance à l'accroissement, par autonomie si la tumeur
« est bénigne, par extension et souvent par généralisa-
« tion lorsqu'elle est maligne. » Telle est la définition
du professeur Tripier, un peu longue sans doute, mais
l'état actuel de nos connaissances n'en permet point

de plus simple. Du reste ce n'est là qu'une définition d'attente. En effet, « ce n'est qu'en tenant compte à la fois de la cause d'une lésion et des modifications qui en résultent pour l'organisme, au point de vue local et général, dans chaque cas particulier, qu'on peut réellement définir une affection, qu'il s'agisse de tumeurs ou d'inflammation, ces mots ne servant pour le moment qu'à réunir les affections les plus variées des divers organes. Donc, lorsqu'on connaîtra l'agent susceptible de déterminer la production d'une tumeur, on définira celle-ci en disant simplement qu'elle consiste dans les modifications tissulaires relevant de cette cause. C'est la définition de l'avenir ».

L'étiologie des tumeurs, voilà le cauchemar de bien des chercheurs. La théorie microbienne, assez longtemps en honneur, a perdu pas mal de terrain dans ces dernières années, et bon nombre d'auteurs semblent se rallier à la théorie psorospermique ou coccidienne.

« Et de fait, dit M. Tripier, l'étiologie parasitaire reste la cause la plus probable, en raison des analogies que présentent les tumeurs avec les inflammations infectieuses; mais il est indéniable que, si l'on ne doit pas la rejeter, elle reste encore à déterminer. »

Et du reste tout ne sera pas dit quand on aura en mains une étiologie à peu près certaine des tumeurs; toute discussion ne sera pas tarie. C'est ainsi que la découverte du bacille de Koch a laissé subsister les divergences relatives aux lésions tuberculeuses, sauf seulement qu'on ne les range plus parmi les tumeurs. « Si certaines productions pathologiques, ajoute M. Tripier, sont reconnues à première vue comme

« appartenant à une inflammation ou à une tumeur, il
« en est beaucoup d'autres pouvant relever de l'une ou
« de l'autre de ces affections et qui n'offrent point de
« caractères suffisants pour que l'on puisse, sans con-
« teste, les rapporter à leur véritable origine. C'est pour-
« quoi notre définition repose à la fois sur des carac-
« tères anatomiques et cliniques, permettant de com-
« prendre tous les faits de tumeurs bénignes et malignes
« généralement ainsi désignées dans l'état actuel de la
« science jusqu'à ce que l'on soit arrivé à en découvrir
« les causes et probablement alors à les démembrer. »

Bénignes et malignes, telle est en effet la classifica-
tion à laquelle on en arrive, après avoir vainement
cherché pour une autre une base solide dans l'anatomie
et l'histologie pathologiques ; classification qui se fonde
uniquement sur les caractères cliniques.

Sont dites bénignes les tumeurs à limitation nette,
souvent avec une capsule, refoulant les tissus voisins
sans les envahir, à évolution essentiellement lente, ne
se généralisant pas, soit par voie sanguine, soit par
voie lymphatique, aboutissant à une guérison définitive
après ablation complète, n'altérant pas l'état général et
ne déterminant la mort qu'à la suite de complications
mécaniques, hémorragiques et infectieuses.

Sont dites par contre malignes les tumeurs sans limi-
tation nette, avec infiltration, destruction des tissus
voisins, à évolution rapide, se généralisant à distance,
soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine,
récidivant après une ablation qui, évidemment le plus
souvent, n'est pas totale, car la migration à distance des
cellules néoplasiques est précoce, enfin retentissant

rapidement sur l'état général et amenant une cachexie profonde par un mécanisme encore mal élucidé.

Tels sont les caractères classiques qui permettent de ranger une tumeur dans l'un ou l'autre groupe ; bénignes ou malignes. Et pourtant aucun d'eux n'est absolu, pathognomonique, et il n'est pas un chirurgien qui, non pas une fois, mais vingt fois dans sa carrière, ne soit demeuré perplexe devant une tumeur et devant le pronostic à faire. Aussi a-t-on reconnu que cette classification en tumeurs bénignes et malignes ne suffisait point et a-t-on été amené à créer un groupe nouveau : les tumeurs à pronostic variable. Eh bien ! il nous semble que ce groupe devrait suffire à lui seul, qu'il devrait englober toutes les néoplasies, en un mot que toutes les tumeurs sont à pronostic variable. Nous irions même plus loin et nous dirions que toutes les tumeurs sont malignes, soit *in ovo*, primitivement, soit secondairement.

En effet, pas plus la clinique, que l'anatomie pathologique ne peuvent nous faire distinguer les tumeurs bénignes susceptibles de devenir malignes et celles qui doivent rester indéfiniment bénignes. Nombreuses sont les tumeurs reconnues cliniquement bénignes, qui prennent à un moment les caractères des tumeurs malignes. Et ceci ne saurait nous surprendre : puisque tout tissu normal peut être le point de départ d'une tumeur maligne, *a fortiori* une tumeur bénigne doit constituer un terrain favorable à l'évolution d'une tumeur maligne.

De plus, certaines tumeurs bénignes, reconnues telles une fois extirpées, récidivent sous forme de

tumeurs malignes. Il est vrai qu'on peut objecter ici une erreur d'interprétation et admettre que dans ces cas l'extirpation de la tumeur a été incomplète, ou bien que la tumeur était non pas bénigne, mais maligne.

En somme, ce qu'il importe de savoir, c'est qu'on tend de plus en plus à admettre que les tumeurs sont presque toujours à leur début cliniquement *bénignes* et que ce n'est que peu à peu qu'elles deviennent malignes, ce changement se faisant plus ou moins vite suivant l'organisme et les autres conditions adjuvantes.

En effet, au début, une tumeur a une limitation nette, souvent une capsule. Son évolution est lente, localisée ; à ce stade, rien ne la décèle ou presque rien. Puis, à un moment, la limitation précise se détruit et les tissus voisins sont envahis. L'évolution devient rapide, il y a généralisation à distance. Le malade souffre et consulte un médecin qui conclut à une tumeur maligne, ce qui est exact.

Cette discussion sur la classification des tumeurs n'a point, comme on pourrait le supposer, un intérêt purement spéculatif ; elle est tout au contraire de la plus haute importance au point de vue pratique : c'est sur elle en effet que se fondera le traitement. Et, de plus, elle nous permettra de répondre, victorieusement nous l'espérons, à quelques objections que l'on ne manquerait point de nous poser après la lecture de quelques-unes de nos observations, si nous ne les devancions nous-mêmes aussitôt à ce moment-là.

Aussi nous pardonnera-t-on d'avoir insisté sur ce point peut-être un peu longuement.

CHAPITRE II

DES TUMEURS QUE L'ON PEUT RENCONTRER AU NIVEAU DES PARTIES MOLLES DE LA CUISSE. EN PARTICULIER MYXOMES ET TUMEURS VOISINES

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la cuisse, comme en présence, du reste, d'une tumeur ou même d'une inflammation d'un segment quelconque de membre, une grande dichotomie s'impose tout d'abord.

La lésion intéresse-t-elle ou plutôt a-t-elle pour point de départ l'os de ce segment de membre ou bien est-elle née aux dépens des parties molles environnantes? Premier pas important du diagnostic. Saisissant la masse néoplasique à pleines mains, fixant d'autre part le fémur sur le plan du lit ou le faisant fixer par un aide ayant une main au niveau des condyles fémoraux, l'autre au niveau du grand trochanter, nous essayons de la mobiliser sur les plans profonds et en particulier sur l'os dans tous les sens : de haut en bas, d'avant en arrière, latéralement. Cette mobilité et cette indépendance étant nettement constatées et si de plus l'exploration du fémur sur toute sa longueur ne nous révèle ni joint douloureux ni déformation, *a fortiori*, si

la radiographie a confirmé notre exploration clinique, nous disons que le fémur est intact.

Nous éliminons ainsi toute une grande classe de tumeurs malignes très fréquentes à la cuisse : les ostéo-sarcomes sous leurs formes diverses. Nous n'y insistons pas, puisqu'ils n'entrent point dans notre sujet.

Les parties molles constituant la cuisse, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dont on a vite constaté l'atteinte ou l'intégrité comprennent : 1° des muscles ; 2° des nerfs ; 3° des vaisseaux ; 4° enfin du tissu conjonctif ou fibreux interposé entre ces différents organes.

On explore tous les mouvements de la cuisse sur le bassin, on voit s'ils sont intacts et non douloureux. On constate si les muscles et en particulier le quadriceps fémoral, le droit interne et les adducteurs sont sains. On recherche s'il n'y a point de troubles de la sensibilité dans ces différents muscles ; s'il n'y a pas de phénomènes douloureux. Si toutes ces recherches sont négatives on affirme que les nerfs sensitifs et moteurs de la région sont intacts.

Pour les vaisseaux, artères et veines : on voit s'il n'y a pas de l'œdème du membre inférieur, des troubles de la calorification, on cherche les battements de la tibiale postérieure ; au niveau de la tumeur on se rend compte s'il n'y a ni souffles ni battements. Par élimination on arrive ainsi à localiser le siège de la tumeur dans le tissu conjonctif. Quels sont alors les diverses tumeurs auxquelles on peut songer ?

Nous allons tout d'abord en éliminer rapidement

quelques-unes, ayant hâte d'arriver à celles qui nous intéressent plus particulièrement, c'est-à-dire les myxomes et les tumeurs du même genre.

Les rhabdomyomes sont des tumeurs assez rares des muscles striés, que fixe la contraction musculaire ; il en est de même de la hernie musculaire. L'anévrysme artériel, soit celui des artério-scléreux, soit l'anévrysme diffus par rupture de la poche anévrysmale, donne comme signes primordiaux : battements, expansion, bruits de souffle.

Il est une variété de tumeurs vasculaires qu'il n'est pas très rare de rencontrer en cette région ; nous voulons parler des angiomes profonds de la cuisse. Ces tumeurs sont érectiles, en général d'un petit volume, et, signe important, ce volume varie suivant l'état de fatigue ou de repos du sujet. Ces tumeurs sont toujours plus grosses le soir que le matin. D'autre part au palper elles donnent une sensation particulière de pelotons de ficelle irréguliers ; et enfin elles siègent presque toujours au voisinage de l'articulation du genou, sous le quadriceps.

Les névromes, les névromes plexiformes qui peuvent acquérir un volume assez considérable donnent des phénomènes douloureux caractéristiques et souvent une pigmentation spéciale de la peau à leur niveau.

Un abcès tuberculeux ayant son point de départ dans la colonne vertébrale, venant faire saillie au niveau de la cuisse, est chose fréquente ; de même un abcès ayant pour point de départ une lésion tuberculeuse du bassin et du fémur. Nous ne saurions énumérer tous les signes permettant d'en faire le diagnostic : fluctuation vraie,

réductibilité plus ou moins complète, points assez douloureux, etc.

On peut aussi penser aux kystes hydatiques; nous ne parlons pas de ceux du fémur, très rares, signalés par Gangolphe, mais de ceux siégeant dans les adducteurs ou le quadriceps.

Ayant successivement éliminé toutes ces formations néoplasiques, nous arrivons à deux ou trois grandes classes de tumeurs de cette région, à celles qui nous intéressent plus particulièrement; nous voulons parler des myxomes, des sarcomes, des lipomes, si fréquents en cette région et intéressants, nous le verrons, non pas tant dans leurs formes pures que dans leurs formes associées.

Le lipome, lorsqu'il se présente à l'état de pureté, a des caractères assez tranchés qui permettent de le différencier des autres tumeurs et d'en faire le diagnostic. C'est une tumeur encapsulée, à contours nets, de consistance assez uniforme et caractère, presque pathognomonique, donnant une sensation de lobulation régulière. C'est une tumeur bénigne.

Le sarcome est en général de consistance un peu plus dure, les réseaux veineux sont peut-être plus marqués à son niveau; ce qui en fait surtout faire le diagnostic, c'est son évolution rapide. C'est nettement une tumeur maligne.

Entre les deux précédents dans l'échelle de la malignité, nous placerons le myxome pur, mais avec un penchant très marqué, vous le verrons, vers l'évolution maligne. C'est une tumeur constituée par un tissu muqueux tout à fait analogue au tissu qui forme la

gélatine de Wharton du cordon ombilical du nouveau-né. La cuisse est son siège d'élection. On en a distingué deux variétés : le myxome circonscrit et le myxome diffus. Le premier n'offre rien de bien particulier ; sa symptomatologie se rapproche assez de celle d'une collection liquide. Du second il a été fait une étude très intéressante dans la thèse de Rafin, présidée en 1885 par M. le professeur Poncet, thèse qui s'inspirait d'une magistrale description de ces mêmes myxomes diffus faite par M. Maurice Pollosson, en 1884, dans une leçon clinique de l'Hôtel-Dieu.

Les conclusions en résument les caractères : « Le
« myxome diffus se présente sous l'aspect d'une tumeur
« molle, à limites mal dessinées, occupant le tissu
« cellulaire profond et superficiel. Il s'étend progressi-
« vement de son siège primitif à la racine des membres,
« en suivant les gaines vasculo-nerveuses, les gros troncs
« nerveux, les espaces intermusculaires. Il pénètre les
« muscles en suivant les cloisons celluleuses intermus-
« culaires. Il est encapsulé par place et d'une façon
« incomplète. Le myxome diffus est une tumeur locale
« qui laisse indemne les ganglions lymphatiques et
« envahit surtout les viscères par continuité directe.
« Enlevé par une dissection circonscrivant strictement
« le tissu néoplasique, il récidive à peu près constam-
« ment. »

Une variété intéressante nous est fournie par le myxome lipomateux de la cuisse ou myxo-lipome, que Clerc a bien étudié dans sa thèse de 1897, inspirée par M. le professeur Poncet et où nous trouvons relatées de nombreuses observations de ce genre de tumeurs.

« Le myxo-lipome est un néoplasme tantôt assez
« circonscrit, tantôt encapsulé seulement par place et
« d'une façon incomplète ; il s'infiltré entre les muscles,
« soulève les feuillets aponévrotiques avec tendance à
« l'énucléation spontanée au dehors. Le pronostic est
« généralement bénin, en ce sens que l'évolution de la
« tumeur n'amène ni infection ni cachexie ; mais par
« son volume énorme elle peut entraîner des troubles
fonctionnels qui réclament l'ablation. »

Et pourtant ces variétés ne sont pas tout ; l'examen histologique donne souvent des réponses plus compliquées et c'est myxo-lipo-fibro-sarcome que souvent on est obligé de dire ; en un mot : tumeur à tissus multiples. C'est ce que nous retrouverons dans quelques-unes de nos observations.

La clinique peut-elle prévoir de pareils résultats ? Evidemment non d'une façon exacte ; mais en s'aidant de souvenirs, un clinicien avisé pourra les soupçonner. « Le diagnostic, a dit le professeur Pollosson, a souvent pour base le souvenir plus que la réflexion. Il en est des malades comme des gens qu'on reconnaît après les avoir rencontrés, alors qu'on ne saurait dire s'ils ont le nez ou les yeux faits de telle ou telle façon. » Oui, le clinicien doit entrevoir ces résultats microscopiques, car c'est sur cela que va se fonder son intervention.

CHAPITRE III

QU'EST-CE QUI DICTE LA NATURE
DE L'INTERVENTION DANS LES DIFFÉRENTS CAS ?
QU'EST-CE QUI DOIT LA GUIDER ?

Nous venons, dans un rapide aperçu il est vrai, de voir combien sont nombreuses et diverses les néoplasies que l'on peut rencontrer au niveau de la cuisse, de celles-là seules même ayant pour siège et point de départ les parties molles, c'est-à-dire celles qui nous intéressent. Dans chacun de ces cas, quelle va être la conduite du chirurgien au point de vue traitement, sur quoi va-t-il se fonder pour décider telle ou telle intervention ?

Vouloir lui assigner théoriquement et par avance sa conduite, établir brutalement toute une série d'équations et dire : telle genre de tumeur égale telle intervention, telle autre genre telle autre intervention, serait absurde. Ce n'est point là bonne thérapeutique chirurgicale ; ici comme ailleurs chaque cas demande sa solution particulière basée sur toute une série de circonstances que rien ne peut faire prévoir. Celà c'est la clinique qui en décide et la clinique a ses règles sans doute, mais moins étroites que celles de la pathologie.

Bien plus, pour un même cas tel chirurgien avisé ne solutionnera point le problème thérapeutique comme le ferait tel autre non moins compétent, et pourtant si le premier a un excellent résultat après être intervenu sur son malade, le second en aurait peut-être eu un tout aussi bon par un procédé différent. Pourquoi? Parce que chacun imprime son cachet à l'opération qu'il pratique et qu'il n'est point deux interventions entièrement semblables pour si connu et si exact qu'en soit le manuel opératoire décrit théoriquement.

Mais ce n'est pas tout; il est un élément de discussion dont il faut au premier chef tenir compte : c'est l'opinion du malade. C'est même la première chose à savoir : accepte-t-il ou non l'opération qu'on lui propose? Nous reviendrons plus loin sur ce sujet important; nous verrons que dans les cas qui nous occupent c'est en réalité cette volonté du malade qui le plus souvent dicte l'intervention; et puisqu'il faut tabler sur ce fait, nous nous en servons pour appuyer notre opinion.

Il est pourtant quelques règles générales auxquelles d'un avis à peu près unanime, les chirurgiens se conforment au sujet de ces tumeurs.

D'abord faut-il opérer? Evidemment oui, même pour les néoplasies ayant au début une apparence bénigne. D'abord par leur développement elles deviennent bientôt une cause de gêne et d'inquiétude pour le malade qui se voit forcé de suspendre ses occupations et son travail. Par les frottements qu'elle subit, la masse morbide peut devenir le siège d'excoriations, s'ulcérer et dans cette région voisine du périnée et de l'anus,

très difficile par conséquent à maintenir aseptique, cette ulcération peut devenir le point de départ d'une infection secondaire avec toutes ses complications. Et de plus, on ignore si cette tumeur ne va pas à un moment évoluer rapidement vers la malignité. Donc, dans les cas de tumeur bénigne, intervenir par une simple ablation; on est bien d'accord sur ce point. Tel est le cas par exemple pour un lipome pur.

Tout à l'opposé se trouvent les cas par exemple de sarcomes à marche rapide et envahissante, d'une malignité non douteuse, où la plupart des chirurgiens suivant le précepte d'Ollier: que la chirurgie la plus conservatrice dans ces cas est celle qui conserve le moins, font d'emblée une amputation haute ou une désarticulation. Même dans ces cas, nous y reviendrons, surtout peut-être dans ceux-là, de pareilles mutilations nous semblent bien souvent inutiles.

Mais où la question devient plus délicate à résoudre, c'est lorsqu'il s'agit de ces tumeurs dont nous avons parlé plus haut, sur les confins de la malignité, ou bien moins malignes que les sarcomes vrais, de ces myxomes, de ces myxo-sarcomes, de ces tumeurs à tissus multiples. Cela dépend évidemment, comme nous le disions plus haut, de la conception histologique que l'on se fait de ces tumeurs et aussi du degré qu'on leur assigne dans l'échelle de la malignité. Mais, il nous semble qu'on décide trop souvent une amputation haute ou une désarticulation, que la chirurgie autrefois si timorée est devenue de nos jours trop audacieuse sur ce point, trop mutilatrice.

Le sacrifice de tout un membre, surtout le membre

inférieur, mais c'est énorme pour un malade ; l'esprit chirurgical devrait peut-être, entre autres considérations et toutes choses égales d'ailleurs, y songer un peu.

Du reste, les résultats sont-ils si brillants après ces grandes mutilations, de beaucoup supérieurs à ceux d'une ablation bien complète ? On est obligé de reconnaître que non, en plus des dangers qu'offre en tant que mortalité opératoire la désarticulation de la hanche par exemple. Aussi ne pouvons-nous qu'approuver pleinement Clerc, lorsqu'il dit dans sa thèse à propos du traitement des myxomes lipomateux : « Aujourd'hui d'ailleurs, avec les méthodes antiseptiques de plus en plus perfectionnées, il semble que la chirurgie conservatrice est appliquée de plus en plus au traitement de quelques variétés de tumeurs qui sont pour ainsi dire sur les frontières de la malignité. Le chirurgien pratique même parfois l'extirpation pour des tumeurs assez nettement sarcomateuses et les résultats semblent encourageants. »

C'est ce traitement conservateur que nous préconiserons aussi pour les quelques variétés de tumeurs sur lesquelles nous avons un peu insisté tout à l'heure.

Mais comme rien ne vaut l'éloquence des faits, nous exposerons auparavant nos quelques observations.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Delore.)

G..., cinquante-huit ans, professeur d'escrime.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents collatéraux. — Deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance.

Entre au régiment à vingt ans, fait cinq ans de service, puis s'établit maître d'armes.

Pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas d'éthylisme.

Marié, a deux enfants; en a perdu un à vingt ans de bronchite.

18 mai 1908. — Le malade consulte le D^r Delore pour une énorme tumeur de la cuisse droite. Son début remonterait à douze ou quinze ans; son siège est la partie moyenne de la cuisse, en bas et en avant. Elle augmente progressivement de volume, surtout dans cette dernière année où ses dimensions ont au moins quadruplé. Cet accroissement avait déjà inquiété cet homme, habitué à vivre en bonne intelligence avec sa tumeur. Mais, il y a dix à douze jours, il fut vraiment effrayé en s'apercevant d'une enflure rapide de la jambe droite.

On est en présence d'une volumineuse tumeur, faisant saillie en avant et en dedans de la cuisse, empiétant même sur la face postérieure, tumeur de consistance dure, d'as-

pect bosselé et recouverte de grosses veines sous-cutanées. Cette tumeur est profonde, fixée par la contraction musculaire.

Elle va, dans le sens de la hauteur, du pli de l'aîne au creux poplité ; elle ne présente aucun battement ; ni souffle, ni expansion. La tibiale postérieure bat normalement. La jambe est le siège d'un œdème dur, qui diminue par le repos ; sa consistance est telle qu'on pourrait penser à une tumeur des parties molles du mollet. Toutefois, le diagnostic auquel on se range est : myxo-lipome ancien de la cuisse, dégénéré récemment en myxosarcome ; œdème jambier par gêne de la circulation veineuse et lymphatique.

Intervention le 21 mai 1908 (M. Delore).

On pratique une très longue incision, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, partant de l'arcade fémorale et aboutissant à la face postérieure du condyle interne du fémur. Sur cette incision en est branchée une autre, transversale interne, se prolongeant à la face postérieure de la cuisse.

On peut ainsi disséquer deux lambeaux cutanés et explorer largement la face superficielle de la masse. Celle-ci présente de nombreux lobules de consistance friable et gluante. La plus grande partie est recouverte d'une capsule décollable des plans voisins ; mais, en d'autres points, cette capsule adhère intimément aux muscles. En bas notamment, le triceps crural est envahi et l'on doit tailler en plein muscle dégénéré, sans savoir exactement quelles sont les limites du tissu musculaire envahi et du tissu musculaire simplement enflammé.

En haut, M. Delore est également obligé de sectionner, à 12 ou 15 centimètres de l'arcade fémorale, une branche du nerf crural qui traverse la tumeur.

A la face profonde de la masse, il faut dénuder les vaisseaux fémoraux du haut en bas de la cuisse, depuis l'arcade crurale jusqu'au canal de Hunter. Cette dissection, quoique assez difficile, peut être exécutée sans

encombre. Toutefois la grande anastomotique fut coupée trop près de l'artère, le fil à ligature placé sur elle lâcha. Un aide mit malencontreusement sur l'artère une pince de Kocher, dans le but louable d'arrêter l'hémorragie. Mais l'artère friable se déchira et l'on se trouva dès lors en présence d'une *plaie latérale de la fémorale superficielle*, d'un diamètre de 5 à 7 millimètres. M. Delore ne voulant à aucun prix lier l'artère, appliqua sur l'orifice une suture en surjet au catgut, à deux plans : le premier rapprochant les lèvres du vaisseau, le second rapprochant au devant les tissus voisins. L'opération fut terminée par des sutures fermant la plus grande partie de la plaie et par un drainage.

La tumeur pesait 4 kg. 460.

Suites opératoires très simples.

La plaie était complètement guérie le 4 juillet, époque où l'opéré recommençait son travail. Il ne persistait plus qu'un léger œdème malléolaire et seulement après une journée de fatigue dans la salle d'armes. Battements de la tibiale postérieure normaux dès le soir de l'opération.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Bériel, avait répondu :

Les coupes montrent un tissu myxoïde très régulier, sans qu'en aucun point existent des condensations ou des infiltrations cellulaires plus abondantes. Tout ce tissu est très vasculaire. Il s'agit d'une *tumeur myxoïde* probablement née aux dépens du tissu fibreux. Elle n'a aucun caractère histologique de malignité. cependant de telles tumeurs sont capables, lorsqu'elles n'ont pu être enlevées en totalité, de *récidiver in situ*.

Donc *myxosarcome*.

Nous revoyons le malade au début de novembre 1908. Il exerce régulièrement son métier, sans fatigue, sans douleur. Très léger œdème de la jambe, lacis veineux sur la face externe de la cuisse ; mais le malade vient, paraît-il, de traverser une période fatigante, ayant dû donner de nom-

breuses leçons. Belle cicatrice s'étendant du pli de l'aine au condyle interne du fémur; non douloureuse; adhérente seulement à la partie moyenne d'où part la branche d'incision vers la partie postérieure.

Poids actuel du malade: 68 kilogrammes qui est son poids normal. Il était tombé à 55 kilogrammes avant l'intervention.

Etat général excellent.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Leriche.)

M..., trente-neuf ans, ébéniste.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de soixante-dix ans, bien portant. Mère morte à soixante-quatre ans, d'affection pulmonaire.

Antécédents collatéraux. — Un père et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure.

En 1900, le malade voit apparaître sur la face externe de son genou droit une tumeur, grosse comme une noisette, puis atteignant rapidement le volume d'une orange. Cette grosseur demeure stationnaire jusqu'en 1904; elle est indolente et gêne peu la marche. A ce moment accroissement rapide; si bien qu'en octobre 1906, la tumeur a acquis le volume d'une grosse tête de fœtus, située sur la face externe de la cuisse et empiétant un peu sur la face postérieure et le creux poplité.

Elle est assez mobile. Pas d'œdème, pas de douleur; simple gêne.

En octobre 1906, ablation de la tumeur par un médecin de Villefranche.

Rien de spécial jusqu'en mai 1908. Alors douleur, enflure, œdème de la jambe, impotence fonctionnelle. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu en septembre 1908, dans le service de M. le professeur Poncet.

On constate l'existence d'une tumeur encerclant, telle une virole, la partie inférieure de la cuisse droite, prédominant cependant sur la face externe où elle bombe fortement. Elle s'adhère pas à l'os. Elle est dure, bombée. La peau à son niveau est tendue, un peu chaude, mais sans dilatation veineuse bien marquée.

Rien dans l'articulation du genou. Sur la face externe de la jambe, à sa partie supérieure, prolongement de la tumeur sur une hauteur d'environ 5 à 10 centimètres. La jambe, dans presque toute son étendue, est le siège d'un œdème assez dur, qui disparaîtrait par le repos, d'après ce que dit le malade.

Ganglions dans l'aîne du côté droit. Rien de particulier à l'examen des organes.

Intervention le 4 septembre 1908 (M. Leriche) :

Incision postérieure suivant le grand axe du creux poplité. Les muscles superficiels aplatis et amincis sont écartés. On aperçoit alors la capsule tendue de la tumeur : la main s'essaye vainement à la cliver des parties voisines : elle fait corps si étroitement, que cette dissection n'avance guère. On écarte alors la tumeur, dont le contenu solide s'enlève en une seule masse résistante, avec une grande partie de la capsule. Puis on se rend compte que dans le volumineux prolongement interne de la tumeur, la capsule renferme dans son épaisseur les vaisseaux fémoraux sur une étendue de 10 centimètres au moins, ainsi que le nerf sciatique poplité interne.

On dissèque minutieusement avec quelque difficulté l'artère en coupant plusieurs petites collatérales. La veine est refoulée plus facilement, ainsi que le nerf.

Finalement toute la capsule est enlevée.

Il reste un énorme trou qui est traversé dans toute sa longueur par l'artère fémoro-poplité portant quatre à cinq pinces muscées latéralement. Des ligatures sont mises à leur niveau.

En un point, il existe une petite perte de substance qui est oblitérée à la fine aiguille de Reverdin.

Bientôt plus rien ne suinte, l'hémostase est parfaite; aucun point de suspect. On met une mèche au contact des vaisseaux; puis les muscles sont rapprochés et la plaie est refermée aux trois quarts. Pansement compressif.

Suites opératoires parfaites; pas de température. Ablation de la mèche au troisième jour. La cavité s'est comblée aseptiquement par seconde intention.

Au début d'octobre, le malade se levait et marchait; il n'y avait aucun trouble vasculaire: battements tibiaux normaux, pas d'œdème.

Bref, excellent résultat immédiat.

Fin octobre, la plaie est fermée; pas d'œdème jambier. Excellent état général: le malade, qui avait maigri considérablement avant l'intervention, a repris son poids normal.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Rivière.)

G..., âgé de quarante-deux ans, menuisier.

Père mort d'ictus. Mère morte d'ascite.

Dans l'enfance, pas de maladie.

A trente-six ans, pneumonie.

A trente-huit ans, le malade voit apparaître à la face interne de la cuisse droite une grosseur qui atteint assez rapidement le volume d'une orange. Bien qu'il souffre très peu, il se fait opérer par M. Pollosson en mars 1904. Un mois après l'intervention, le malade marche et reprend son travail. Il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de la gaine des vaisseaux fémoraux, mais dont nous n'avons pu retrouver l'examen histologique fait sans doute à ce moment-là.

En octobre 1908, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Jaboulay. Depuis huit mois, il a vu renaître deux petites grosseurs à la partie interne

de sa cuisse droite; elles sont voisines et siègent au niveau de la partie supérieure de la cicatrice qui occupe le tiers moyen de la cuisse. Chacune de ces tumeurs est grosse environ comme une orange. Toutes deux sont mobiles sous la peau, peu adhérentes aux plans profonds, de consistance rénittente, élastique. La peau, à ce niveau, n'est point rouge ni amincie, elle ne présente pas de dilatation veineuse; pas d'élévation de la température locale; point de souffle, point de battements ni d'expansion; peu de douleur à la pression. L'artère poplitée a ses battements normaux. Pas d'œdème. Peu de gêne fonctionnelle dans le membre.

En octobre 1908, intervention. On fait une large incision au niveau de l'ancienne cicatrice, la dépassant largement en haut et en bas. On arrive sur deux tumeurs du volume d'une petite orange; l'inférieure est un peu adhérente à la gaine des vaisseaux fémoraux, elle peut cependant en être libérée facilement; la supérieure est enlevée plus simplement encore.

On fait une hémostase très soignée; une suture superficielle, un pansement avec attitude du membre en élévation.

Suites opératoires excellentes.

Le malade sort de l'hôpital le 11 novembre.

Depuis quelques jours, il marche sans éprouver de gêne sensible du côté de son membre inférieur gauche. La cicatrice est très nette, non douloureuse; pas d'œdème de la jambe. Le malade, qui avait un peu maigri avant son entrée à l'hôpital, a repris son poids normal.

L'examen histologique a répondu: tumeurs formées d'un tissu myxoïde, nées probablement dans le tissu fibreux, très vasculaires; pas de condensations cellulaires.

Aucun caractère histologique de malignité, mais possibilité de récurrence *in situ* si l'ablation n'a pas été totale.

Donc myxome ou plutôt myxosarcome.

OBSERVATION IV

(Professeur Jaboulay, *la Clinique*, janv. 1908. Renseignements complémentaires dus à l'obligeance de MM. les D^{rs} Rivière et Duvernay.)

Le malade que je vous présente est entré dans le service le 9 avril 1907 pour une tumeur volumineuse de la partie supéro-interne de la cuisse gauche, tumeur de nature un peu spéciale et dont la localisation à cette région est assez caractéristique.

Cet homme est âgé de quarante-deux ans. Les parents sont morts, son père de vieillesse à quatre-vingt-deux ans, sa mère de mort subite à soixante-sept ans. Il a deux frères et une sœur en excellente santé. Marié deux fois ; il a perdu sa première femme en couches ; sa deuxième femme et ses quatre enfants sont très bien portants.

Personnellement, il a toujours eu une excellente santé et, en particulier, n'a jamais présenté d'accidents vénériens ou bacillaires. Débitant de boissons dans un petit village de la Savoie, il boit 1 à 2 litres de vin par jour et quelques petits verres d'alcool très irrégulièrement ; donc il n'offre qu'un éthylisme assez atténué.

L'examen viscéral méthodique et complet de ce malade nous révèle que tous ses organes thoraciques et abdominaux, ainsi que son appareil nerveux central et périphérique, sont intacts. Il existe bien au sommet du poumon un peu de submatité à la percussion, un peu d'obscurité respiratoire à l'auscultation, mais cet homme ne tousse pas et ne présente aucun signe net de bacillose pulmonaire en évolution.

Du côté de l'appareil circulatoire, on trouve un peu de tachycardie (le pouls est à 100), sans qu'il existe rien du côté du cœur et des vaisseaux, artériels ou veineux ; en particulier, nous ne trouvons pas de varices du côté des membres inférieurs, même du côté de la tumeur. Les urines ne ren-

ferment ni sucre, ni albumine, et la température est normale. En résumé, nous n'observons chez ce malade aucun signe de généralisation de la tumeur qu'il présente, et, en particulier, pas de masses abdominales analogues aux généralisations mésentériques que l'on trouve si souvent dans ces tumeurs qui constituent le sarcome du testicule.

L'appareil lymphatique ganglionnaire est intact ; seuls les ganglions inguinaux gauches présentent une légère hypertrophie.

Si vous interrogez cet homme sur l'évolution de la grosseur qu'il porte à la cuisse gauche, il vous dira qu'elle a débuté il y a trois ans environ.

Une sensation de gêne pour marcher et pour monter à bicyclette l'amena à découvrir une petite tuméfaction qui siégeait à la partie supérieure et interne du membre inférieur gauche. Un médecin, consulté, conseilla au malade l'extirpation de cette petite tumeur, qui était alors très mobile ; mais l'absence de douleurs et de troubles fonctionnels empêchèrent cet homme de suivre ce conseil.

La tumeur augmenta peu à peu de volume, très lentement d'abord, puis plus rapidement ces derniers mois, assez pour inquiéter le malade et le décider à une opération, conseillée de nouveau par son médecin.

Actuellement, ce malade ne présente aucun phénomène douloureux dans son membre inférieur gauche ; il n'y a aucun trouble fonctionnel et tous les mouvements de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin sont conservés dans leur intégrité absolue.

Il est facile de constater le volume de cette tumeur, qui occupe les trois quarts supérieurs de la partie interne de la cuisse gauche et qui atteint les dimensions d'une tête d'enfant. La peau, à son niveau, présente une coloration normale ; elle n'est pas amincie ; elle est mobile dans tous les sens sur la tumeur. Il existe à peine quelques veines superficielles un peu dilatées, et si la température locale

paraît augmentée de quelques dixièmes, ceci peut être attribué aux manœuvres pratiquées par les élèves ce matin.

La tumeur elle-même est mobile sur les plans profonds, et notamment sur le fémur dans tous les sens, d'avant en arrière et de haut en bas. La consistance est assez inégale. Tout d'abord, elle paraît formée de plusieurs masses, en particulier deux plus volumineuses que les autres. Ces masses donnent en certains points, par le palper bimanuel, une sensation de fausse fluctuation, comparable à celle que donnent certains fibromes ou certains lipomes. Il faut bien distinguer cette sensation de fausse fluctuation de la vraie fluctuation que l'on trouve dans les collections liquides ; d'ailleurs il est des cas, où la différenciation est impossible à affirmer. Cette masse est donc pseudo-fluctuante en certains points ; en d'autres points, on trouve des parties plus dures.

Si nous examinons maintenant les rapports de cette tumeur avec les différents organes ou tissus constituant la cuisse, nous arriverons à déterminer son siège et son point de départ.

Le fémur est intact : nous avons déjà signalé la mobilité de la tumeur sur cet os, et l'exploration du fémur sur toute sa longueur ne nous révèle ni point douloureux, ni déformation. La radiographie n'est pas nécessaire pour affirmer ce fait.

Les parties molles constituant la cuisse comprennent, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané que nous avons déjà trouvés sains, les parties suivantes : 1° Des muscles ; 2° des nerfs ; 3° des vaisseaux ; 4° enfin, du tissu conjonctif ou fibreux, interposé entre ces différents organes.

Nous avons vu que tous les mouvements de la cuisse sur le bassin, flexion, extension, abduction et adduction, de même que les mouvements de circumduction, étaient intacts et non douloureux. Les muscles, et en particulier le

quadriceps fémoral, le droit interne et les adducteurs sont sains.

Il n'y a aucun trouble de la sensibilité dans ses différents modes, il n'y a pas de phénomènes douloureux ; donc, les nerfs sensitifs de la région sont intacts.

Il en est de même des nerfs moteurs, tous les mouvements étant conservés comme nous venons de le voir.

Quant aux vaisseaux, artères et veines, il ne paraissent pas comprimés ; il n'y a pas d'œdème du membre inférieur, pas de troubles de la calorification, et, si la pédieuse et la tibiale postérieure du côté malade sont mal perçues par le palper digital, nous devons dire que ces vaisseaux présentent les mêmes caractères du côté sain. Au niveau même de la tumeur, on ne perçoit ni battements, ni souffles.

Nous arrivons ainsi, par élimination, à localiser le siège de cette tumeur dans un tissu interposé aux différents organes que nous avons trouvés sains, dans le tissu conjonctif. Mais, avant de discuter la nature de la tumeur, nous devons, pour établir un diagnostic complet, rappeler rapidement les différentes tumeurs auxquelles on pourrait songer en présence de ce malade.

L'ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur est une tumeur dure, adhérente à l'os. Son évolution est beaucoup plus rapide, et s'il n'y a pas de gêne fonctionnelle grave tant que l'articulation n'est pas envahie, il y a toujours des phénomènes douloureux spontanés très accentués.

L'ostéosarcome abandonné à lui-même entraîne rapidement une cachexie ou une généralisation assez rapides.

S'agirait-il d'un de ces cas rares de tumeurs des muscles striés qu'on appelle les rhabdomyomes. Non, nous avons vu que les muscles se contractent indépendamment de la tumeur, et celle-ci paraît plutôt s'insinuer entre les interstices musculaires.

Cette indépendance de la tumeur dans la contraction musculaire permet aussi d'éliminer la hernie musculaire.

Quant aux anévrismes artériels, qu'il s'agisse de l'ané-

vrisme circonscrit des artério-scléreux, ou de l'anévrisme diffus par rupture de la poche anévrismale, il ne faut qu'y penser; il n'y a pas de battements, pas d'expansion, pas de bruits de souffle au niveau de la tumeur, et nous avons déjà signalé l'indépendance de la tumeur et des vaisseaux fémoraux.

Mais il est une variété de tumeurs vasculaires qu'il n'est pas très rare de rencontrer en cette région, je veux parler des angiomes profonds de la cuisse.

Pourtant, le volume de ces tumeurs érectiles est en général petit et, fait essentiel, ce volume varie suivant l'état de fatigue ou de repos du sujet. Ces angiomes profonds sont toujours plus gros le soir que le matin.

D'autre part, au palper, ils donnent une sensation particulière de pelotons de ficelle irréguliers, et enfin il siègent toujours plus bas, au voisinage de l'articulation du genou, sous le quadriceps.

Parmi les névromes, il n'y a que le névrome plexiforme qui puisse présenter un volume assez considérable. Il y a toujours, dans ces tumeurs, des phénomènes douloureux caractéristiques, et souvent on trouve à leur niveau une pigmentation spéciale de la peau.

Nous avons localisé anatomiquement cette tumeur dans le tissu conjonctif, et nous pouvons dire que nous sommes en présence d'un conjonctivome. Pourtant, il est d'autres affections de ce tissu conjonctif qu'il faut rapidement éliminer. Il ne s'agit évidemment pas d'une inflammation aiguë du tissu conjonctif, et nous ne sommes pas non plus en présence d'un cas d'inflammation chronique sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse ou ostéomyélitique. On voit bien parfois des abcès tuberculeux à point de départ lointain venir faire saillie dans cette région. Nous avons dit que cette tuméfaction était pseudo-fluctuante et non fluctuante; il y a des parties de consistance variable, et nous pouvons affirmer qu'il ne s'agit pas d'une collection liquide.

Il existe deux variétés de tumeurs du tissu conjonctif que nous pouvons éliminer : le lipome, d'une part, et le sarcome d'autre part.

Le lipome est une tumeur plus bénigne que cette tumeur que nous voyons évoluer d'une façon un peu rapide, surtout ces derniers mois ; c'est une tumeur encapsulée, à contours nets, de consistance assez uniforme et qui donne une sensation de lobulation régulière.

Le sarcome, au contraire, est plus malin que la tumeur que nous observons ; il est en général de consistance un peu plus dure et évolue plus rapidement.

Nous sommes donc en présence d'un conjonctivome, mais d'un conjonctivome d'une nature spéciale : c'est un myxome.

Cette tumeur est constituée par du tissu muqueux tout à fait analogue au tissu qui forme la gélatine de Wharton du cordon ombilical du nouveau-né. Ce myxome lui-même présente quelques caractères particuliers : il ne s'agit pas d'un myxome circonscrit, mais d'un myxome diffus qui s'infiltré dans les espaces conjonctifs, entre les muscles de la partie interne de la cuisse de cet homme.

Rappelez-vous ce malade et lorsque vous serez en présence d'une tumeur de la racine de la cuisse, pensez au myxome ; cette région est son siège d'élection.

Quelle est donc l'évolution habituelle de ces myxomes ? Ce ne sont pas des tumeurs très malignes et nous avons peu à redouter des métastases viscérales. Mais ces myxomes ont une malignité locale assez grande, en ce sens que cette tumeur récidivera après son ablation au niveau de son siège primitif et que vous verrez revenir ce malade une ou deux fois par an pour se faire opérer un petit noyau de récidive jusqu'à ce qu'il meure, dans un temps assez éloigné, d'une cachexie lente.

Les troubles vasculaires par compression ou ulcération des vaisseaux sont également peu à redouter.

Mais, si cette tumeur est abandonnée à elle-même, son

volume et son siège, dans une région sujette aux frottements, amèneront l'ulcération de la peau. Vous connaissez les dangers, au point de vue de l'infection, que présentent les ulcérations cutanées siégeant au niveau des tumeurs ; d'autre part, je dois vous rappeler que cette région supérieure de la cuisse, voisine du périnée et de l'anus, est très difficile à maintenir aseptique ; et l'ulcération serait le point de départ d'une infection secondaire dont vous pouvez prévoir les graves complications.

Si la vie du malade n'est pas immédiatement en danger, le pronostic n'en est pas moins grave : récidives successives après une première intervention d'une part, et, d'autre part, ulcération et infection secondaire à brève échéance, si on laisse la tumeur abandonnée à elle-même, voilà l'avenir de ce malade.

L'absence de généralisation et les dangers inévitables d'ulcération sont une indication d'intervention. Mais comment intervenir ?

Quelle opération pratiquer ? Nous avons à choisir entre quatre procédés :

- 1° La dissection simple de la tumeur ;
- 2° L'amputation totale du myxome ;
- 3° L'amputation de la cuisse ;
- 4° La désarticulation de la hanche.

Nous n'insisterons pas sur les deux dernières interventions. Le malade qui ne présente qu'une légère gêne fonctionnelle et ne souffre pas de sa tumeur refuserait toute opération si nous lui propositions l'amputation de la cuisse ou la désarticulation de la hanche. Vous savez cependant que seules ces interventions pourraient être radicales et nous faire espérer une guérison définitive.

Faut-il enlever la tumeur en masse avec la peau, par une incision circulaire, comme pour un cancer du sein ? Ce serait évidemment l'opération idéale, possible pour un myxome circonscrit ; mais nous sommes en présence d'une tumeur diffuse, infiltrée entre les muscles. Que vous enle-

viez une partie de la peau qui recouvre la tumeur ou que vous pratiquiez une simple incision linéaire pour aborder la masse, vous serez toujours obligé de disséquer les prolongements inter-musculaires de ce myxome diffus. L'hémostase sera le point délicat de l'opération.

Une longue incision parallèle au grand axe de la tumeur et respectant la veine saphène interne permettra d'arriver sur le myxome. Celui-ci sera énucléé aussi rapidement que possible en pratiquant l'hémostase avec des pinces au fur et à mesure. On disséquera ensuite tous les prolongements inter-musculaires en respectant avec soin les muscles et les grosses branches de la fémorale (artère fémorale profonde et artère du quadriceps). Dans cette dissection, il faudra faire avec soin l'hémostase des vaisseaux perforants, branches de la fémorale profonde qui constituent, comme vous le savez, une voie anastomotique importante entre la fémorale d'une part, l'ischiatique et l'hypogastrique d'autre part. Lorsque tous les prolongements de la tumeur auront été enlevés, les ligatures seront faites avec soin sur tous les vaisseaux pincés; cette hémostase sera vérifiée, et, avant de fermer la plaie par des sutures, il faudra drainer. Ce drainage est indispensable contre l'hémorragie toujours possible et contre l'infection; je vous ai déjà signalé combien il était difficile de tenir un pansement tout à fait aseptique dans cette région voisine de l'anus.

Les suites opératoires doivent être simples en prenant toutes les précautions que nous venons d'indiquer. Les accidents que nous pouvons avoir à redouter dépendent de ces soins. Les hémorragies, en effet, sont fréquentes: nous avons déjà dit qu'il fallait drainer; il faut, en outre, faire un pansement compressif et ne pas oublier de faire l'élévation du membre qui sera immobilisé dans une gouttière.

L'infection sera évitée, toujours par les mêmes précautions. Celle-ci pourrait provoquer, outre la suppuration de

la plaie, une phlébite du côté malade, phlébite qui pourrait envahir secondairement le côté opposé, donnant ainsi une phlébite double.

Il est inutile que j'insiste sur la gravité de ces phlébites et de leurs complications, phlébites qui, dans le cas le plus bénin, retarderaient la guérison du malade de plusieurs mois.

Nous espérons pouvoir éviter toutes ces complications par une hémostase soignée, par une asepsie aussi rigoureuse que possible, aidés de la compression et de l'élévation du membre.

Mais il ne faudra pas croire ce malade guéri définitivement et, si nous prévoyons des suites immédiates simples, il n'en est pas de même des suites éloignées. Les myxomateux sont des habitués des salles de chirurgie, qui reviennent une ou deux fois par an se faire enlever un noyau de récidive.

C'est ainsi que je me rappelle un malade qui a été opéré quatorze fois et un autre qui a atteint le chiffre de trente-six à quarante interventions. D'autre part, au bout de longues années, le plus souvent, ils finissent toujours par succomber à une cachexie lente qui serait le résultat d'un produit spécial.

Ce malade a été opéré le 13 avril 1907.

Il s'agissait d'un myxome diffus avec multiples prolongements intermusculaires qui ont été enlevés complètement. Le manuel opératoire a été exactement celui que nous avons décrit plus tôt. L'hémostase a été faite avec beaucoup de soin.

Aussi les suites opératoires ont-elles été extrêmement simples et, grâce à l'asepsie rigoureuse qui a été observée, il n'y a eu aucune trace d'infection.

Le malade a quitté l'hôpital trois semaines après son intervention.

L'examen histologique a permis de vérifier qu'il s'agissait d'un myxome pur.

Au mois de décembre 1907, c'est-à-dire huit mois après son intervention, le malade ne présente aucune trace de récurrence; au point de vue fonctionnel, il n'y a aucune gêne et la force musculaire est égale dans les deux membres inférieurs.

En somme, le résultat est parfait.

Vers la fin du mois de février 1908, ce malade fait appeler son médecin parce qu'il n'est pas bien. Il s'est mis à boire, il ne digère pas bien; il a de l'enflure des mains et des pieds. On trouve de l'albumine dans les urines et on institue un régime.

Huit jours plus tard, apparition de douleurs dans les articulations des mains et des pieds; un peu de température.

Rien à l'auscultation. On donne du salicylate.

Quinze jours plus tard, les douleurs et la température persistent. Submatité à la base gauche; rien au sommet.

Au bout de huit jours, les douleurs articulaires disparaissent: mais l'état général devient mauvais; muguet. Température 39 degrés. Epanchement pleural indiscutable.

Une ponction exploratrice ramène un liquide hémorragique, presque du sang pur. L'examen cytologique donne le résultat suivant :

1° Globules rouges crénelés;

2° Globules blancs :

A. Grands mononucléaires abondants;

B. Quelques lymphocytes;

C. Rares polynucléaires;

D. Grands placards endothéliaux avec gros noyaux se colorant bien (probablement cellules néoplasiques).

Cet épanchement ne paraît donc pas inflammatoire.

Le 13 avril, le cœur est dévié à droite; le Traube est sonore, pas de skodisme sous la clavicule gauche. On retire un litre de liquide; le cœur revient bien.

Le 29 avril : cœur totalement dévié, à deux travers de

doigts au-delà du mamelon droit ; ni skodisme sous la clavicule gauche, ni matité dans l'espace de Traube. Etat général précaire ; syncope quand on fait asseoir le malade.

Le malade étant couché, on essaye une ponction dans la ligne axillaire ; il ne vient rien et l'on a la sensation que l'on bute contre quelque chose de dur.

On ponctionne plus en arrière : on retire un litre de liquide séro-hématique. Le cœur revient très peu ; il reste à droite.

Le 7 mai : dyspnée intense, faiblesse cardiaque, muguet, cachexie.

Le 10 mai, le malade meurt.

OBSERVATION V (M. Potherat.)

Bulletin de la Société de chirurgie, de Paris, 1905.

Enorme myxome de la cuisse gauche. — Ablation. — Guérison.

Le malade que je vous présente actuellement guéri, marchant sans difficultés et normalement, était affecté d'une lésion assez rare par elle-même, laquelle, en tous cas, avait acquis chez lui un développement véritablement exceptionnel.

Cet homme, âgé de cinquante-trois ans, est entré dans mon service à l'hôpital Broussais le 8 février dernier. Il venait demander qu'on le soignât d'une tuméfaction qu'il portait à la cuisse gauche. Cette tuméfaction avait débuté vers la racine de la cuisse neuf ans auparavant, d'une manière sourde, sans localisation précise. Il semblait que c'était la cuisse elle-même qui subissait une augmentation totale diffuse, sans altération des téguments, sans modifications dans la consistance des parties molles, sans aucune localisation d'un tissu plus ferme ou plus mou.

Cet homme, qui est tailleur, attribuait cette malformation à un effort ; aucune souffrance ne résultant de cette tuméfaction, il n'y prit bientôt plus attention et continua ses occupations.

Mais la progression de sa cuisse continua d'une manière assez régulière ; et comme elle avait atteint en ces derniers temps un développement véritablement énorme d'une part, et que d'autre part des douleurs parfois vives s'y manifestaient, il s'était présenté à la consultation de chirurgie, d'où mon collègue et ami Auvray l'avait dirigé sur mon service.

A la vue, la cuisse est énorme ; elle représente aisément trois fois le volume de celle du côté opposé. La tuméfaction paraît faire tout le tour de la cuisse ; cependant elle est manifestement plus accusée en dedans et en arrière. La saillie interne est telle que le membre droit étant dans l'attitude verticale, celui du côté gauche est obligé de s'écarter de la verticale de plus de 45 degrés. C'est surtout près de la racine que la tuméfaction est accusée ; en descendant elle s'effile, et au voisinage du genou elle est à peine marquée, mais existe encore.

Il n'y a aucune altération apparente de la peau qui est seulement blanche, tendue, luisante par distension ; pas de circulation superficielle anormale, mais seulement quelques petites varicosités ; au toucher, la température locale ne paraît pas modifiée. La jambe gauche n'offre aucun trouble circulatoire. Dans la région inguinale assez facilement accessible, on ne sent aucune adénopathie.

Au palper, la peau souple, non adhérente, glisse aisément sur les parties profondes : dans celles-ci on sent nettement une tumeur multilobée, à contours partout nets et arrondis, très étendue en haut et en bas, et d'avant en arrière, semblant toutefois ne pas adhérer au fémur, qui est comme refoulé vers la face externe dont les parties molles paraissent intactes.

Cette tumeur a une consistance homogène, uniforme, la même dans tous ses lobes, et dans toutes les parties de chacun d'eux : consistance molle, pseudo-fluctuante, analogue à celle de certains lipomes purs. La contraction de l'aponé-

vrose et des muscles de la cuisse tend et fixe cette énorme masse diffuse, qui dans le relâchement musculaire est assez mobile.

La palpation est partout absolument indolente.

J'ai dit qu'il n'y avait pas d'adénopathie; l'examen de tous les viscères ne révèle aucune lésion. L'état général est mauvais; l'homme n'a pas d'appétit, il a maigri, il est pâle, mais peut-être est-ce la conséquence d'une grippe assez grave dont il a été récemment affecté.

Au point de vue fonctionnel, le malade éprouve quelques douleurs, parfois vives, mais intermittentes; dans la marche, il n'est incommodé que par le poids très lourd qui le surcharge à gauche; enfin il ne peut s'asseoir qu'à la condition d'allonger le membre gauche et de le porter en abduction; la tumeur par son volume empêche d'étendre la cuisse sur le bassin.

Le diagnostic présentait quelque embarras. On pouvait songer à un sarcome à marche lente, et le diagnostic avait été porté; mais l'évolution très lente, l'absence de retentissement ganglionnaire et de propagation viscérale, l'absence de troubles circulatoires, etc., me portaient plutôt à voir là une tumeur relativement bénigne. L'idée d'un lipome diffus avait rallié quelques opinions; mais il me paraissait presque impossible qu'un lipome eût à la cuisse un pareil développement, et qu'il fût partout aussi parfaitement et uniformément mou.

C'est pourquoi je rejetai ce diagnostic et, instruit par deux faits analogues antérieurs et qui me paraissaient être identiques au cas présent, je portai le diagnostic de *myxome* et je proposai une intervention locale ayant pour but l'énucléation pure et simple de la tumeur.

L'opération eut lieu le 14 février dernier.

Ce ne fut point chose facile. J'abordai la cuisse par une longue incision postéro-interne s'étendant à tout le segment du membre et je n'arrivai sur la tumeur qu'après avoir traversé la peau et le *fascia lata*.

Cette tumeur était formée de lobes multiples, les uns gros comme une tête d'adulte, les autres gros comme une noix, avec tous les intermédiaires. Ces lobes pénétraient entre tous les espaces inter-musculaires depuis le pubis et l'ischion jusqu'au voisinage du genou.

Je dus, pour arriver à les extirper tous, disséquer littéralement la cuisse; les vaisseaux fémoraux, les vaisseaux et nerfs obturateurs, le tronc du sciatique sur toute sa longueur, étaient à nu, au fond des muscles disséqués, comme dans une préparation anatomique. Cette dissection était d'ailleurs en elle-même très facile : la tumeur, quel que fût le volume du lobe considéré, était partout limitée par une capsule lisse, adhérant très faiblement aux tissus circonvoisins. Elle ne recevait pas de vaisseaux importants et l'hémostase fut aisée avec un nombre très restreint de ligatures.

Je passe sur les suites qui furent simples ; la guérison fut un peu retardée par une légère suppuration, mais rapidement l'état général s'était très heureusement transformé et cet homme offre, vous le voyez, aujourd'hui toutes les apparences d'une bonne santé réellement retrouvée.

L'examen de la tumeur nous a montré que tous les lobes étaient constitués de la même matière, savoir : une membrane lisse limitant des poches dans lesquelles était contenue une matière molle, gélatineuse, jaunâtre, tremblotante et translucide.

C'était bien macroscopiquement l'aspect des myxomes purs. L'examen histologique, pratiqué par mon interne Billaudet et confirmé par le Dr Lorrain, a montré que la capsule était de nature conjonctive et que le contenu était formé d'une substance amorphe et dans laquelle on trouvait de loin en loin quelques cellules vaguement étoilées. Il n'y a donc pas de doute ; c'est bien là un myxome pur.

Ces faits sont rares ; les myxomes des membres, arrivés à ce point de développement sont exceptionnels ; j'ai eu cependant l'occasion d'en observer trois cas, celui-ci

compris : deux sur le membre inférieur et un au niveau du membre supérieur; j'ai communiqué ici ce dernier fait.

Cette expérience est restreinte assurément; je crois cependant qu'elle me permet de contester l'assertion de Rafin (*Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 1^{re} édition, t. I, p. 427), à savoir que dans les myxomes diffus des membres la récurrence locale est fréquente. Je crois que cela n'est pas exact et que si après une opération une tumeur de même nature réapparaît localement, il ne faut pas voir là une récurrence. J'ai pu constater, en effet, dans mes trois cas et surtout dans celui d'aujourd'hui que les lobes sont nombreux, qu'ils peuvent être plus ou moins éloignés et, par conséquent, échapper à l'œil de l'opérateur au cours de son intervention première. Qu'un ou plusieurs lobes viennent ainsi à se dissimuler parce qu'ils sont cachés dans des espaces musculaires, parce qu'aussi ils continueront à évoluer, et au bout de quelques mois une nouvelle tumeur apparaîtra, qui ne sera pas en réalité une récurrence.

Pour conclure, je crois que le myxome des membres, même énormément développé, est justiciable d'une intervention locale conservatrice, que cette tumeur n'est pas de nature maligne, qu'elle n'offre que des apparences de récurrences qui sont elles aussi justiciables d'un traitement local, et que les grandes exérèses opposées au traitement de ces tumeurs dépassent singulièrement le but à atteindre.

OBSERVATION VI

(*Lyon médical*, 1900.)

M. Gauthier présente une malade opérée il y a un mois par M. Jaboulay, pour un sarcome malin de la gaine des vaisseaux fémoraux, à la partie inférieure de la cuisse.

Il présente aussi la pièce enlevée, de la dimension d'un poing.

M. Jaboulay, malgré la malignité certaine de la tumeur, a préféré une extirpation à l'amputation de la cuisse, estimant qu'il valait mieux, jusqu'à la récurrence possible, laisser la malade en possession de son membre inférieur.

Le sarcome adhérait intimement à la veine et à l'artère fémorale qui, après dissection, se trouvèrent dénudées sur une étendue de 10 centimètres environ. Trois petites déchirures avaient été faites à la veine; elles furent oblitérées par des ligatures latérales.

L'intérêt du cas réside en l'absence de thrombose consécutive à cette intervention.

Il y eut un peu d'œdème de la jambe trois ou quatre jours après l'intervention, mais cet œdème disparut lorsqu'on eut enlevé le premier pansement qui était un peu trop serré.

Actuellement, la cicatrisation de la plaie opératoire est en bonne voie; la malade commence à marcher et ne présente pas de trace d'oblitération veineuse ou artérielle.

OBSERVATION VII

(*Lyon médical*, 1902.)

M. Villard a opéré récemment avec M. Gélibert une énorme tumeur de la face interne de la cuisse, qu'il présente à la Société.

Des photographies, dues à l'obligeance de M. Lumière, montrent l'état de la tumeur avant l'intervention.

La tumeur s'est développée en cinq ans, chez une malade de quarante-huit ans. Depuis un mois ou deux, l'amaigrissement de la peau fait craindre l'ulcération du néoplasme.

La cuisse avait 1 m. 15 de circonférence à la partie moyenne de la tumeur.

Après quelques hésitations et sur l'insistance de la malade, M. Villard opéra. Il put faire une hémostase suffisante à la

bande d'Esmarch. L'ablation fut assez laborieuse, la tumeur était sous-aponévrotique; après une heure vingt, l'extirpation complète était réalisée, sans lésion de la fémorale ni du sciatique. La tumeur s'était étalée sur les plans aponévrotiques du membre.

La malade eut peu de shock opératoire et son état fait espérer un résultat définitif excellent.

La tumeur tient du fibro-myxome et du sarcome; il s'agit d'un néoplasme à tissus multiples.

OBSERVATION VIII

Dr Schwartz, (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, février 1907).

La malade, femme de journée, âgée de soixante ans, vit apparaître les premiers symptômes de cette tumeur à la fin de l'hiver 1905-1906. A la suite de fatigues exagérées, elle fut prise de douleurs vives à la face antéro-interne de la cuisse gauche; ces douleurs étaient exagérées par la station debout et bien plus intenses le soir. En examinant la région douloureuse, la malade découvrit une petite boule grosse comme une noisette, mobile dit-elle, « entre cuir et chair ».

Peu à peu, la petite tumeur grossit jusqu'au volume d'un petit œuf, en même temps que les douleurs augmentaient au point de rendre les mouvements presque impossibles. La peau était encore normale et mobile sur la tumeur: ce n'est que beaucoup plus tard qu'elle commença à rougir et à devenir adhérente. La malade se décida à voir un médecin qui conseilla des applications de pommades résolutives, restées naturellement sans effet. Un second médecin consulta incisa la tumeur: par la boutonnière cutanée ainsi créée, se mit à pousser un véritable fungus néoplasique, dont nous avons constaté les caractères à l'entrée de la malade à Cochin.

A l'examen, on voit à la face antéro-interne de la cuisse

gauche, vers sa partie moyenne, une tumeur affectant la forme d'un champignon dont le chapeau, du volume d'une mandarine, est relié à la cuisse par un pédicule large, mais très court, et visible seulement après qu'on a fait basculer la tumeur.

Cette masse, dans la majeure partie de sa portion exubérante, est irrégulière, bourgeonnante, d'aspect verdâtre, par places noir brunâtre ou rouge foncé, à surface d'apparence verminée.

La partie périphérique de la tumeur est enveloppée par la peau, disposée autour d'elle comme le prépuce autour du gland. Cette peau est rouge violacée, œdématisée, peu vivace, fait dû à ce qu'elle subit au niveau du pédicule du néoplasme un véritable étranglement qui, en certains points, est allé jusqu'à la section complète des téguments. Au toucher la tumeur est d'une dureté ligneuse; elle est très douloureuse, saigne facilement et dégage une odeur fétide. Le pédicule s'insère sur une masse dure, diffuse, large comme la main, mobile sur les plans profonds, recouverte par une peau rouge, violacée, sillonnée de veinules dilatées et adhérente à la tumeur profonde.

Dans la région inguinale, on trouve cinq ou six ganglions durs, indolores, mobiles et roulant sous le doigt.

On constate également l'existence d'une petite hernie crurale épiploïque, non réductible.

Opération, le 15 décembre 1906. — Extirpation des ganglions inguinaux et cure radicale de la hernie crurale. Ablation de la tumeur et de toute la masse incluse dans la cuisse, au moyen d'une incision losangique de 8 centimètres de longueur environ. La portion profonde du néoplasme, nettement encapsulée, refoulait l'aponévrose fémorale sans trop lui adhérer : on enleva cependant une large surface de cette aponévrose pour éviter une récurrence possible à ce niveau. Suture des deux extrémités de la plaie et comblement de la partie centrale à l'aide de greffes dermo-épidermiques.

Les suites opératoires furent tout à fait normales et la malade est sortie guérie au milieu de janvier 1907.

Examen macroscopique. — La pièce permet de vérifier d'une façon exacte les divers caractères de la tumeur, tant au niveau de sa portion profonde que de sa partie superficielle, séparées l'une de l'autre par un véritable diaphragme cutané.

Examen histologique. — L'examen microscopique, dû à l'obligeance de M. le professeur Cornil, a montré qu'on se trouve en présence d'un myxo-sarcome, composé d'une multitude de cellules fusiformes ou étoilées, à prolongements fins et déliés, baignant dans un milieu transparent; ces cellules sont disposées régulièrement en séries plus ou moins parallèles, et orientées concentriquement par rapport à de très nombreux vaisseaux.

Les ganglions inguinaux, également examinés, n'ont pas montré d'envahissement néoplasique; ils ne présentaient qu'une simple réaction inflammatoire.

CHAPITRE V

RÉFLEXIONS SUR NOS OBSERVATIONS ET EN PARTICULIER SUR L'OBSERVATION II.

Dans chacune des observations que nous avons citées, on s'en est tenu à l'ablation simple de la masse néoplasique et les résultats ont paru satisfaisants. Nous aurions pu recueillir bien d'autres cas où la même conduite a donné des suites opératoires tout aussi bonnes. Aussi, dans quelques instants, nous basant sur ces faits, mais aussi sur d'autres arguments que nous ferons valoir, en viendrons-nous à préconiser le traitement conservateur pour ces tumeurs diverses de la cuisse : myxomes, myxo-sarcomes, lipo-myxo-sarcomes ou tumeurs à éléments encore plus variés.

Mais avant d'aller plus loin nous voulons répondre, victorieusement nous l'espérons, à une objection que l'on ne va pas manquer de nous faire après la lecture de nos observations. Dans les cas que vous avez cités, nous dira-t-on, entrent des éléments tout à fait disparates. Pour ceux où l'élément sarcomateux est nettement marqué comme par exemple dans vos observations VI et VII, préconiser la simple ablation alors que l'on serait plutôt tenté de faire d'emblée une amputation ou une désarticulation, voilà évidemment une nouveauté,

et nous ne demandons du reste qu'à l'adopter si vous nous en faites voir les avantages. Mais se baser sur des cas de myxomes purs, comme dans vos observations IV et V, tabler sur les bons résultats que donne alors la simple extirpation, faire rentrer ces myxomes purs dans les tumeurs malignes, non, ce n'est point là de la bonne argumentation. Nous sommes tous d'avis que ces myxomes purs sont bénins et qu'on ne saurait songer en face d'eux, comme en face de toute tumeur bénigne, qu'à l'ablation pure et simple.

Eh bien ! telle est pourtant notre prétention, ces myxomes purs nous les mettons sans hésiter en pleine malignité. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point plus haut, mais rien ne vaut un fait concret ; nous en avons un sur lequel nous allons insister, bien qu'il n'appuie pas notre argumentation en faveur du traitement conservateur. Nous sommes avant tout sincère.

Qu'on veuille bien relire avec nous la fin de notre observation IV, celle que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Duvernay. En février 1908, c'est-à-dire presque un an après son intervention, ce malade prend des douleurs articulaires avec un peu de température. Ceci dure une quinzaine de jours. En mars, l'état général devient mauvais et M. Duvernay constate l'existence d'une pleurésie gauche avec épanchement. Le liquide retiré est hémorragique, c'est presque du sang pur ; l'examen cytologique démontre une mononucléose marquée, donc pas un épanchement inflammatoire. De plus, fait important, dans une deuxième ponction qu'il fait le 29 avril, dans la ligne axillaire gauche, M. le Dr Duvernay a la sensation qu'il bute avec son tro-

cart contre quelque chose de dur ; ce n'est point le cœur qui a sa pointe sous le manche droit, qu'est-ce donc ? M. Duvernay a l'impression que c'est un noyau de généralisation pulmonaire. C'est l'opinion ferme de M. le professeur Jaboulay ; il est persuadé que ce malade à succombé à une généralisation d'un myxome pur. La pleurésie hémorragique, l'examen cytologique du liquide pleural militent du reste fortement en faveur de cette manière de voir.

Après de tels exemples, on ne nous en voudra sans doute pas de placer les myxomes dans la classe des tumeurs malignes. Et si le cadre de notre travail nous le permettait, nous pourrions encore citer des exemples du même genre. En passant, un, recueilli dans la thèse de Rafin ; une de ses observation est intitulée : « Myxo-lipome de la partie supérieure de la cuisse gauche. Pas d'opération. Mort. »

On n'objectera sans doute pas que, dans cette association, c'est l'élément lipomateux qui est venu apporter un caractère de malignité, car s'il avait dû influencer l'évolution de la tumeur, c'eût été, à n'en pas douter, en lui imprimant au contraire un cachet de bénignité.

Après ces quelques remarques on trouvera, nous l'espérons, raisonnable que nous ayons fait entrer des cas de myxomes purs dans nos observations et que nous les considérions comme des tumeurs nettement malignes.

Mais nous allons demander au lecteur de nous suivre encore plus loin et de nous approuver encore quand nous allons proposer, pour toutes ces tumeurs, un traitement conservateur.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS EN FAVEUR DU TRAITEMENT CONSERVATEUR. SA TECHNIQUE.

Nous avons, au chapitre III, en discutant quelle devait être la conduite du chirurgien en face de ces diverses tumeurs malignes de la cuisse qui nous occupent, dit quelques mots d'un élément qui pesait fortement dans la balance au moment de la décision à prendre : nous voulons parler de l'opinion du malade. Le moment est venu de nous expliquer plus longuement à ce sujet.

Un malade se présente à vous porteur à la cuisse d'une tumeur, même d'un volume assez considérable : comme deux poings, comme une tête de fœtus même. Vous portez le diagnostic de myxome ou de myxo-sarcome.

Voulant être radical, éviter toute récurrence *in situ* ou toute généralisation, vous proposez une amputation haute. 99 fois sur 100, c'est faire fuir le malade pour ne plus le revoir que cachectique et alors que plus rien n'est à tenter.

Car ce malade venait à vous, non parce qu'il se sentait gravement atteint, mais parce qu'il avait là une grosseur qui le gênait, qui tout au plus lui donnait de

légères douleurs, un peu de gonflement de la jambe après les journées de fatigue.

Nous avons questionné plusieurs de nos malades, celui de notre observation I plus particulièrement : « Auriez-vous accepté une amputation ou une désarticulation ? — Jamais de la vie ; il suffisait d'enlever cette grosseur, elle me gênait tout simplement. » De même les malades de nos observations II et III. Et pourtant, dans ces cas, la main qui palpait avait la sensation de tumeur à forme diffuse ayant envahi tous les tissus voisins, ayant fusé dans les espaces intermusculaires, repoussé, détruit les aponévroses, de tumeurs sans capsule sans doute, mal limitées. Et, de plus, ces tumeurs étaient nettement d'allure maligne. Fallait-il dire : Impossible d'arriver à enlever convenablement de pareilles formations, c'est là un travail qu'il ne faut pas tenter : la dissection, l'hémostase seront irréalisables ; il vaut mieux abandonner ce malade, ne pas y toucher. Eh bien ! non, il fallait intervenir dans ces cas ; il faut intervenir dans des cas semblables, tenter une ablation, bien que ce qui s'offre tout d'abord à l'esprit du chirurgien comme opération rationnelle soit l'amputation ou la désarticulation.

M. le D^r Delore a hardiment attaqué la tumeur volumineuse du malade de notre observation I. C'est surtout d'après son intervention que nous allons rapidement indiquer la technique de ce genre d'ablations.

Une longue incision parallèle au grand axe de la tumeur et respectant la veine saphène interne permet d'arriver sur la masse. Sur cette incision, on peut en brancher une autre transversale interne, se prolon-

geant à la face postérieure de la cuisse ; on peut ainsi disséquer deux lambeaux cutanés et explorer largement la face superficielle de la masse.

Celle-ci, de consistance variable, souvent friable et gluante, est énucléée le plus rapidement possible en clivant le long de la surface de la capsule, s'il y en a une et si elle n'adhère pas trop intimement aux muscles voisins. Puis il faudra poursuivre les traînées de tissu néoplasique entre les muscles et les enlever ; on est parfois obligé d'enlever quelques feuillets aponevrotiques, parfois de tailler en plein muscle dégénéré.

Dans cette dissection, faire avec soin l'hémostase des vaisseaux perforants, branches de la fémorale profonde, qui constituent une voie anastomotique importante entre la fémorale d'une part, l'ischiatique et l'hypogastrique d'autre part.

Le morcellement de la tumeur en deux moitiés est souvent indispensable ; il contribue à débarrasser le chirurgien de la plus grande partie de la masse morbide et à donner du jour au fond de la plaie, au niveau des adhérences de la tumeur.

A la face profonde de la tumeur, on tombera souvent sur les vaisseaux fémoraux ; c'est arrivé à M. Delore dans son intervention, obs. I, à M. Leriche dans l'observation II. Ne pas croire à des suites désastreuses si on a été obligé de dénuder les vaisseaux, même sur une longue étendue : M. Delore les a dénudés de l'arcade crurale jusqu'au canal de Hunter, et une pince ayant amené l'ouverture de cette artère fémorale, il a dû en faire une suture latérale en surjet, au catgut, à deux

plans. Les suites opératoires n'en ont pas été plus mauvaises.

L'ablation de la tumeur et de tous ses prolongements étant terminée, on fera une hémostase des plus soignées; des sutures fermeront la plus grande partie de la plaie, et on drainera. Ce drainage est indispensable dans des plaies aussi vastes, aussi anfractueuses, pour éviter l'hémorragie toujours possible et l'infection, et nous avons déjà signalé combien il était difficile de tenir un pansement tout à fait propre dans cette région de l'anus. On applique un pansement compressif, on immobilise dans une gouttière et on tient le membre dans une position un peu élevée.

Et on attend la guérison qui ne se fait, en général, pas attendre. En effet, voilà plus de vingt ans que M. le professeur Poncet a signalé l'extrême plasticité des malades porteurs de telles tumeurs. Son opinion à ce moment, basée sur de nombreuses observations, était que les myxomateux, les carcinomateux, guérissent très rapidement; ils suppurent mal, et chez eux la réunion par première intention est la règle. « C'est chez les cancéreux, disait-il, que j'ai observées les plus belles réunions par première intention ». Les plus plastiques, toutes choses égales, seraient, par ordre, les myxomateux, les sarcomateux, puis les sujets porteurs de carcinomes, d'épithéliomes.

Nos malades guérissent donc rapidement et ils font, en effet, de très belles cicatrices.

Arrivé au terme de notre travail, nous nous estimons heureux si nous avons seulement réussi, par cette étude sans doute imparfaite à attirer l'attention sur

quelques tumeurs de la cuisse encore mal connues, sur les confins de la malignité, a-t-on pu supposer, mais vraiment dignes, croyons-nous, d'entrer dans la classe des tumeurs malignes, et dont le diagnostic ne laisse pas que d'être souvent épineux. Heureux surtout si le traitement conservateur que nous avons préconisé, le seul possible le plus souvent, nous l'avons vu, peut rallier quelques suffrages. D'autant plus efficace, bien entendu, qu'il est appliqué plus tôt et que le diagnostic a été plus précoce, le maximum de chances étant donné, ici comme ailleurs, à qui sait trancher le mal dans sa racine.

CONCLUSIONS

I. On rencontre fréquemment, au niveau des parties molles de la caisse, des tumeurs d'un diagnostic assez difficile : myxomes, myxosarcomes, tumeurs à tissus multiples.

II. Bien qu'elles n'engendrent que peu de troubles pendant longtemps et que leur évolution soit assez lente, leur malignité n'est pas douteuse.

III. Devant ces tumeurs mal limitées, diffuses, qu'il soupçonne dépourvues de capsule par endroits, et ayant poussé de nombreux et lointains prolongements dans les espaces intermusculaires, le chirurgien songe tout d'abord à une amputation haute ou à une désarticulation.

IV. Nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à attaquer directement ces tumeurs, pour en faire l'ablation aussi complète que possible.

C'est du reste le seul traitement qu'accepte le plus

souvent le malade, car il souffre peu en général et n'est que gêné.

V. La guérison est rapide, la réparation se fait bien, M. le professeur Poncet ayant depuis longtemps signalé l'extrême plasticité des myxomateux.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

TRIPPIER, *Traité d'anatomie pathologique générale.*

— *Considérations générales sur les tumeurs* (Cours d'ouverture du 3 novembre 1907).

DUPLAY et CAZIN, *les Tumeurs.*

DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*, t. I.

FORGUE, *Traité de pathologie externe.*

LE DENTU et DELBET, *Traité de chirurgie.*

LE DENTU, *Etudes de clinique chirurgicale.*

DANEL, Lymphosarcomatose (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1905).

LEBEL, *Désarticulation de la hanche comparée à l'amputation de la cuisse dans les tumeurs malignes du fémur et des tissus environnants* (thèse de Paris, 1901).

FORTIN, *Sarcomes de la cuisse* (*Revue médicale de Normandie*, 1906).

POTHERAT, *Myxome de la cuisse* (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1905).

JAUBERT, *Contribution à l'étude du traitement conservateur des ostéosarcomes présumés malins des membres* (thèse de Lyon, 1905).

RAFIN, *du Myxome diffus du tissu cellulaire des membres* (thèse de Lyon, 1885).

CLERC, *Quelques considérations sur le myxome lipomateux de la cuisse* (thèse de Lyon, 1897).

SIEGEL et DELVAL, *Myxo-sarcome de la cuisse* (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, février 1907).

HUCHET et GRUGET, *Sarcome volumineux de la cuisse* (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, décembre 1907).

WALTHER, *Sarcome récidivé du nerf sciatique* (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1906).

DELFINO, *Considerazioni sopra il caso di sarcoma diffuso della gamba, involgente il nervo sciatico*, Morgagni, Milano, 1906.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	7
CHAPITRE PREMIER. — Quelques généralités sur les tumeurs	11
CHAPITRE II. — Des tumeurs que l'on peut rencontrer au niveau des parties molles de la cuisse. En particulier myxomes et tumeurs voisines	17
CHAPITRE III. — Qu'est-ce qui dicte la nature de l'inter- vention dans les différents cas ? Qu'est-ce qui doit la guider ?	23
CHAPITRE IV. — Observations	27
CHAPITRE V. — Réflexions sur nos observations, et en par- ticulier sur l'observation II	53
CHAPITRE VI. — Conclusions en faveur du traitement con- servateur. Sa technique	56
CONCLUSIONS : : :	61
BIBLIOGRAPHIE : :	63

